

Altina, Ana Victoria

Presencia del cuarto molar: un hallazgo inusual

**Trabajo final para obtención del título de
grado de Odontología**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera Odontología**

Práctica profesional supervisada

Trabajo integrador

“Presencia del cuarto molar: Un hallazgo inusual”

Exposición de un caso clínico y revisión bibliográfica

Autor: Altina, Ana Victoria
Profesora Titular: Dra. Prof. Bonnin Claudia
Profesora tutora: Od. Esp. Almiron, Luciana Paola

Córdoba, año 2025

Índice

Resumen:	3
Abstract:	4
Introducción:	5
Objetivos	5
Caso Clínico	6
Descripción del Caso Clínico:.....	6
Etiología	8
Hiperactividad de las Células Epiteliales Embrionaria.....	8
Hiperactividad de la Lámina Dental o de sus Remanentes.....	8
Sobreactividad del Cordón Epitelial.....	8
Sobreactividad de la Capa Externa de la Vaina de Hertwig y Restos Epiteliales de Malassez.....	9
Dicotomía.....	9
Incidencia	9
Clínica	10
Forma:.....	10
Morfología de la Corona:.....	10
Morfología de la Raíz:.....	11
Ubicación:.....	11
Erupción:.....	11
Patologías Asociadas:	11
Diagnóstico Diferencial:	12
Diagnóstico:	12
Plan de tratamiento :	12
Controles:	13
Pronóstico:	15
Discusión:	15
Intervención quirúrgica del caso	15
Bibliografía:	19
ANEXOS	20
ANEXO I.....	21
ANEXO II.....	22
ANEXO III.....	23

Resumen:

La aparición de un molar supernumerario, es un hecho poco habitual en la práctica odontológica. Supone una alteración en el número normal de piezas dentarias: 20 elementos en la dentición temporal y 32 en la permanente. La causa del cuarto molar aún no se encuentra totalmente esclarecida, se encuentra asociada a diversos factores como, genéticos, hereditarios, ambientales o bien asociado a síndromes, como en el caso de la displasia cleidocraneal y la poliposis adenomatosa familiar. Su frecuencia varía según la población estudiada, pero diversos estudios concuerdan en que oscila entre 0.02% y el 3.8%, siendo más frecuente en el maxilar superior y el sexo masculino.

En la mayoría de los casos se detectan de forma fortuita, durante estudios radiográficos de rutina, ya que la mayoría cursan de manera completamente asintomática. No obstante se suele asociar a patologías y/o a alteraciones en sus estructuras anatómicas vecinas y elementos vecinos; tales como retraso en la erupción, interferencias en la oclusión, problemas protéticos, entre otros. En cuanto su abordaje no se unificó el criterio, aunque se proponen dos vías, una más invasiva, en la que se incluye la extracción quirúrgica, y la otra más conservadora, en la que se realiza una supervisión activa. La decisión de cuál elegir, queda relevada al clínico, pero se puede valer de la determinación de ciertos factores, como la morfología, ubicación, sintomatología y posibles complicaciones.

En el presente trabajo se expone el caso clínico de una paciente adulta, que acude a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Córdoba, a la que se le diagnosticó la presencia de cuartos molares mediante una ortopantomografía previa a la planificación de un tratamiento integral. Se detalla la secuencia diagnóstica, el abordaje terapéutico, que para este caso clínico fue mixto, inicialmente se optó por una supervisión activa, y posteriormente gracias al éxito obtenido durante este periodo, se procedió a realizar las exodoncias correspondientes. Finalmente, se describen el resultado obtenido y los posteriores controles efectuados.

Se concluye que una detección temprana y una buena planificación terapéutica es un factor fundamental a la hora de reducir adversidades en presencia de la nombrada patología, permitiendo el uso de técnicas menos invasivas y garantizando un mejor pronóstico frente a la resolución de esta entidad poco frecuente.

Palabras Claves: Supernumerario; cuarto molar; paramolar; tratamiento; distomolar

Abstract:

The appearance of a supernumerary molar is an uncommon finding in dental practice and represents an alteration in the normal number of teeth, which should be 20 in the primary dentition and 32 in the permanent dentition. The etiology of a fourth molar is not yet fully understood; however, it has been associated with genetic, hereditary, and environmental factors, as well as certain syndromes such as cleidocranial dysplasia and familial adenomatous polyposis. Its prevalence varies among populations, although studies report rates ranging from 0.02% to 3.8%, with a higher frequency in the maxillary arch and in males.

Most supernumerary teeth are detected incidentally during routine radiographic examinations, as they are usually asymptomatic. Nonetheless, they may be associated with various alterations or complications involving adjacent anatomical structures, including delayed eruption, occlusal interferences, and prosthetic challenges. Management approaches are not standardized, but two main strategies are commonly proposed: a more invasive option involving surgical extraction, and a conservative approach based on active supervision. The choice depends on clinical judgment, guided by factors such as morphology, location, symptoms, and potential complications.

This report presents the clinical case of an adult patient who attended the Dental Clinic of the Universidad Católica de Córdoba, in whom fourth molars were diagnosed through a panoramic radiograph obtained during the planning of a comprehensive treatment. The diagnostic sequence and therapeutic approach are described; in this case, a mixed strategy was adopted. Initially, active supervision was chosen, and subsequently, due to the favorable development during this period, the corresponding extractions were performed. The outcomes and postoperative follow-ups are also presented.

Early detection combined with appropriate treatment planning is essential to reduce complications associated with this pathology, enabling the use of less invasive techniques and improving the prognosis of this uncommon entity.

Keywords: Supernumerary; fourth molar; paramolar; treatment; distomolar

Introducción:

Se denomina dientes supernumerarios a aquellos elementos que sobrepasan la cantidad habitual en la dentición humana , es decir, 32 elementos en la permanente y 20 en la temporaria o decidua.

Esta alteración también conocida como, cuarto molar, paramolar, distomolar, pueden originarse a partir de una desviación embriológica del órgano dentario; o de una evaginación y la proliferación de la capa externa de la vaina epitelial, lo que puede dar lugar a la formación de un brote y un órgano paradentario supernumerario, ya sea de tamaño normal o reducido. ¹

Si bien su etiología continúa siendo incierta, se la relaciona con posibles causas, tales como, factores hereditarias, genéticas, trastornos en el desarrollo, o bien pueden derivar de síndromes tales como la displasia cleidocraneal y la poliposis adenomatosa familiar.

Según un informe publicado por la revista FOUC, su incidencia ronda entre el 0,02% y el 0.16% de la población.

Según su morfología es posible clasificarlos en Heteromórfico: cuando poseen formas rudimentarias, morfología tuberculada o cónica. O Eumorficos a aquellos similares a un tercer molar.^{1,2}

Su diagnóstico suele ser casual, ya que es una entidad asintomática y rara vez hace erupción. Por lo tanto es más común hacerlo mediante una radiografía de rutina. El fracaso eruptivo se puede deber a trabas mecánicas, trabas óseas, posición muy alejada del reborde alveolar, o causas sistémicas.

En la actualidad no existe un consenso sobre el abordaje terapéutico de los nombrados elementos dentarios. Se incluyen como opciones en su tratamiento al abordaje quirúrgico y al manejo conservador. Sin embargo se deben considerar los siguientes aspectos a la hora de decidir cómo proceder: tipo, posición y complicaciones; dentro de las complicaciones podemos mencionar desórdenes en la erupción, desplazamiento del elemento vecino, interferencias a la hora de colocar ortodoncia y/o prostodoncia, o en casos que se asocia a infección. ³

Objetivos

Objetivo Principal:

- Analizar y describir la presencia del cuarto molar, como una entidad, con el fin de comprender su implicancia en la práctica clínica y su conocimiento científico.

Objetivo Específico:

- Caracterizar los aspectos morfológicos, etiológicos y clínicos del cuarto molar, estableciendo su relación con los factores genéticos, hereditarios y ambientales propuestos en la literatura.
- Identificar las consecuencias de esta patología, en el caso de no realizar el tratamiento adecuado.
- Elaborar un plan terapéutico preciso, para su eliminación con el menor riesgo y de la forma menos cruenta posible.
- Analizar el abordaje clínico integral del caso, considerando la justificación de las decisiones terapéuticas adoptadas y los resultados obtenidos en el seguimiento.

Caso Clínico***Descripción del Caso Clínico:***

Paciente de sexo femenino de 44 años de edad acude a la consulta odontológica, en la Clínica Odontología de la Universidad Católica de Córdoba; con el objetivo de realizarse una rehabilitación integral de su boca. Al análisis clínico extraoral no se observan anomalías, en el examen intraoral, se observó la presencia de los terceros molares superiores completamente erupcionados.

La paciente no relata ninguna sintomatología actual, ni pasada de dolor. A la anamnesis refiere no presentar ninguna patología general, ni toma de medicación alguna.

Se le solicita a la paciente realizar una ortopantomografía para completar el diagnóstico integral.

Al realizar el diagnóstico radiográfico de la ortopantomografía, se detectó la presencia de los cuartos molares superiores, en cercanía con los terceros molares, del mismo maxilar. Para una mejor visualización del paramolar, se realizó una radiografía periapical. En donde se pudo observar mejor la relación con el tercer molar.

Figura 1:
Ortopantomografía



Figura 2:
Periapical del lado derecho



Figura 3:
Periapical del lado izquierdo



Etiología

La causa exacta de la formación de esta patología, no está completamente definida. Diversas teorías intentan explicarla, considerando la participación de factores genéticos, herenciales y ambientales.

Durante el desarrollo dental, pueden ocurrir distintas alteraciones en los tejidos epiteliales y mesenquimáticos que den lugar a la formación del distolar.

Teorías

Hiperactividad de las Células Epiteliales Embrionaria

Se plantea que ciertas células del germen dentarios, pueden presentar una proliferación anómala durante el desarrollo, que conlleven a proliferación, evaginaciones e invaginaciones, originando así nuevos brotes dentarios.^{3 4}

- *Factores locales:* traumatismos
- *Factores generales:* genéticos

Hiperactividad de la Lámina Dental o de sus Remanentes

Después del inicio de la odontogénesis, la lámina dental debería involucionar. Sin embargo, existen casos en donde estos restos epiteliales permanecen dentro de los maxilares.

Si estos remanentes son estimulados por factores inductivos puede volver a activarse, y así formar un cuarto molar o elemento adicional.⁴

Sobreactividad del Cordón Epitelial

Durante la octava semana de vida intrauterina, el brote dental se separa de la lámina dental por medio del cordón epitelial. Una sobreactividad en esta estructura puede originar un nuevo órgano dentario independiente.⁴

Sobreactividad de la Capa Externa de la Vaina de Hertwig y Restos Epiteliales de Malassez

Se ha sugerido que los restos de Malassez, que están presentes en el ligamento periodontal, puedan mantener capacidad inductiva. Una reactivación de estas células podría estimular la formación de un germen dental adicional.⁴

Dicotomía

Esta teoría explica la aparición de dientes supernumerarios, como resultado de la división del germen dental; ya sea por traumas o mutaciones genéticas, originando así dos o más fragmentos.⁴

Incidencia

La presencia del cuarto molar es muy poco frecuente en la población general. Los distintos estudios coinciden en su incidencia baja, varía de 0.3 a 2.1%, aunque otros estudios consultados elevan el porcentaje a 3.6% de la población, según la etnia estudiada. Varios autores concuerdan en que el predominio es mayor en el maxilar superior y en el sexo masculino.

En un estudio realizado por Van der Merwe AE, Steyn M en el 2029, sobre restos óseos en Sudáfrica, se informó una prevalencia hasta el 6.7% de la población. Por su parte, en la población caucásica se registró una incidencia de 0.1% al 3.8%, según Patidar (2020). Mientras que en los grupos asiáticos las cifras mostraron una prevalencia de 2.7% a 3.4%. De manera más localizada, Rani et al. estudiaron la población del norte de India y registró un 0.4%.

Actualmente no existen datos certeros sobre la incidencia del cuarto molar en la población latinoamericana, pero sí, de la población hispana en general; un estudio realizado por la Dra. Lecco Berrocal, en la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España; arrojó que el 1.05% de la población estudiada presentaba dicha patología.^{5 6 7}

Tabla 1:*Incidencia del cuarto molar*

Autor	Población	Prevalencia
Van der Merwe AE, Steyn M	Restos oseos sudafricanos	6.7%
Patidar	Caucasicos	0.1% a 3.8%
Rani et al.	Norte de India	0.4%
Patidar	Asia	2.7% a 3.4%
Lecco Berrocal	Hispanos	1.05%

Clínica

Forma:

Los cuartos molares pueden presentar diferentes configuraciones morfológicas, agrupadas en dos grandes grupos:

- *Heteromórfico*: Presentan una forma rudimentaria o dismórfica, generalmente conoide o tubercular.
- *Eumorfo*: Son aquellos que su forma es similar al diente normal. Aunque pueden ser de menor tamaño.

Morfología de la Corona:

La morfología coronal de estos elementos es muy variada, generalmente es precaria y rudimentaria. Arslan et al. describieron tres configuraciones principales:

- a) Forma de premolar con raíz
- b) Forma de premolar con solo una corona y sin raíz
- c) Forma cónica rudimentaria.

Otros autores mencionan distomolares cónicos e incluso distomolares pequeños y multicuspidados, como es el caso de Stafne y colaboradores.

No obstante es importante destacar que en varios estudios concuerdan en que la configuración más frecuente es la tuberculada, multicuspídea y en forma de barril.

Además se ha observado que en el maxilar superior los paramolares son más pequeños y enanos, mientras que en el maxilar inferior, su forma se asimila a un molar normal en su serie. Que podría atribuirse a la densidad y el espacio en el tejido óseo de cada uno de los maxilares.⁴⁸

Morfología de la Raíz:

La estructura radicular es aún más impredecible. Puede variar desde dos raíces incompletas, una raíz completa, una raíz incompleta, hasta incluso presentarse sin raíz, según lo notificado por Ohata H et al. Estas variaciones dificultan el diagnóstico radiográfico y la planificación del tratamiento quirúrgico cuando se requiere su extracción.

Ubicación:

Los cuartos molares se ubican por el extremo distal del tercer molar, pudiendo encontrarse fusionados a éste. Su presencia es más frecuente en el maxilar superior, y en muchos casos de forma bilateral. La ubicación influye directamente en la decisión terapéutica a seguir.⁹

Erupción:

Según lo señalado por Campos Martínez, Morales Bravo, Pinos Narváez, & Vintimilla Coronel, 2024, los cuartos molares se pueden clasificar también según su comportamiento eruptivo en:

- *Erupcionados:* Aquellos que completaron el proceso de erupción activa y pasiva.
- *Incluidos:* Aquellos que no sufrieron el proceso de erupción y permanecen el hueso.
- *Impactados:* Aquellos que intentaron erupcionar pero no pudieron hacerlo por obstrucción del camino, factores hereditarios, anomalías endocrinas o déficit de vitamina D.

Patologías Asociadas:

Existen ocasiones en las que esta patología no genera ningún tipo de alteración, pasando completamente desapercibido y haciendo que su diagnóstico sea casual. Sin embargo, es posible que estos elementos provocan disturbios en la salud, tales como: Quistes

o tumores, por degeneración del saco folicular; rizolisis de dientes vecinos; necrosis pulpar del adyacente; compresión del nervio trigémino; enfermedad periodontal; y siendo la más frecuente la inclusión, en la cual el elemento no puede erupción de forma normal.⁷

Diagnóstico Diferencial:

Se puede y debe realizar el diagnóstico diferencial con un odontoma, principalmente con el tipo complejo, que su ubicación más frecuente es en la zona posterior.

El Dr. Gay Escoda, clasificó el diagnóstico diferencial, según la región en la que se observa la radiopacidad. Cuando la imagen radiopaca se localiza en la región apical deben considerarse diagnósticos diferenciales tales como la osteomielitis esclerosante focal; displasia cementaria periapical; cementoblastoma; osteopetrosis periapical focal; fibroma central osificante; entre otros.

En cuanto si se observa una radiolucidez en la zona interradicular; el diagnóstico diferencial se puede realizar con un odontoma; un cementoma; un quiste odontogénico; un fibroma central osificante.

Por su parte, si la radiopacidad se hallase en la zona pericoronaria, se debería hacer con un tumor adenomatoide; un tumor odontogénico; un odontoma o un odontoblastoma.¹⁰

Diagnóstico:

Tras la evaluación clínica y radiográfica se establece como diagnóstico la presencia de un cuarto molar superior bilateral, tratándose esta de una anomalía en el número total de las piezas dentarias.

Clínicamente no presenta alteraciones en las estructuras vecinas, ni sintomatología dolorosa, sin signos de inflamación, ni de alteraciones funcionales.

El diagnóstico definitivo se trata de: *Cuarto molar superior bilateral, asintomático, sin asociación a patologías sistémicas o locales.*

Plan de tratamiento :

Se realizó la extracción quirúrgica del elemento 18 y posteriormente con un intervalo de 15 días, el elemento 28. La decisión de la extracción de los terceros molares superiores, se fundamenta en criterios clínicos y patológicos.

En primer lugar por causas oclusales, dado que al no poseer antagonistas estaba generando un plano quebrado, que dificulta la planificación y ejecución de una rehabilitación protésica.

En segunda instancia por causas patológicas, dado que ambos molares presentaban lesiones cariosas y lesiones periodontales, asociadas a la dificultad de realizar correctamente la técnica de higiene indicada, en el sector distal.

Finalmente, un criterio adicional para la extracción, fue la necesidad de eliminar la interferencia mecánica ejercida a los cuartos molares; para que de este modo y valiéndonos de su potencial de erupción, puedan erupcionar o acercarse lo más posible al reborde óseo. De esta manera, se podrá realizar la intervención quirúrgica que nos permita la extracción de dichos elementos, usando así, una técnica menos invasiva y con el menor compromiso de los tejidos circundantes.

Controles:

Se efectuaron controles clínicos de forma periódica y al cabo de 60 días, se procedió a un control radiográfico. Dicho estudio mostró un movimiento descendente de ambos cuartos molares, siendo más evidente en el lado izquierdo, pero igualmente satisfactorio del lado derecho.

Figura 4:

Cuarto molar derecho



Figura 5:

Cuarto molar izquierdo



A los 90 días se realizó otro control radiográfico, en el que se observó un marcado descenso de los mismos y en una posición óptima para su extracción. Esta decisión se justificó en que si bien se encontraban asintomáticos, su retención podría derivar en complicaciones futuras, a modo que la extracción se indica como medida preventiva, permitiendo un abordaje quirúrgico seguro y disminuyendo la probabilidad de asociarse a patologías a largo plazo.

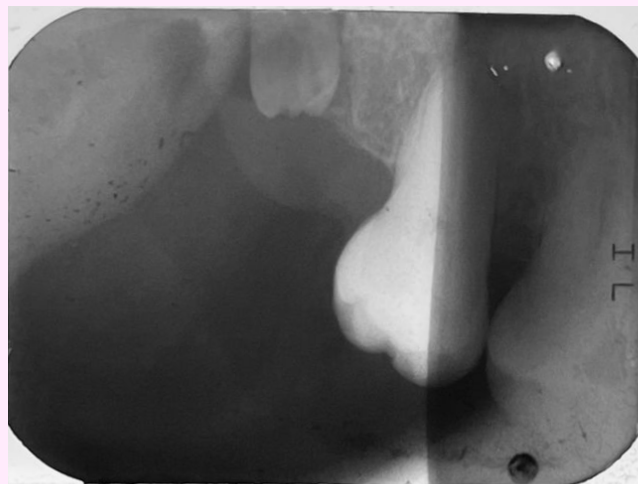
Figura 6

Cuarto molar izquierdo



Figura 7:

Cuarto molar derecho



Pronóstico:

El pronóstico del presente caso clínico es favorable, sustentado en la ausencia de sintomatología, ni alteraciones funcionales, ni compromiso estructural. Además ambos elementos poseen un potencial eruptivo activo, evidenciado tras los controles radiográficos realizados. Al adoptar una conducta expectante se evitan futuras complicaciones, los tejidos adyacentes al cuarto molar son mejor conservados, sin dañarlos y sin pérdida ósea.

Todo lo anterior permite que a la hora de la exodoncia, esta sea sin grandes complicaciones, de manera sencilla y con un postoperatorio no ruidoso.

Discusión:

La decisión terapéutica ante la presencia de cuartos molares, debe basarse en una evaluación clínica y radiográfica minuciosa. La literatura coincide que no existe un consenso universal respecto a su tratamiento, dado que estos elementos pueden presentarse asintomáticos durante toda la vida o bien, convertirse en complicaciones diversas. Es por ello que la decisión terapéutica deberá adaptarse a cada caso en particular.

Diversos autores proponen como alternativa terapéutica la exodoncia inmediata, indicada para casos en donde el cuarto molar, presenta una posición ectópica o inclinación desfavorable; alterando funciones y asociándose a infecciones, tales como enfermedad periodontal o caries. En estos casos se justifica para evitar futuras patologías y preservar la integridad de los tejidos vecinos. Asimismo existen técnicas complementarias como la osteotomía parcial o la reducción del tejido óseo adyacente, para permitir la erupción del elemento dentario.

Existen algunos casos puntuales, en los que el cuarto molar se puede conservar de forma permanente, siempre y cuando esté presente morfología adecuada, buena posición, no se asocie a otras patologías y se encuentre totalmente asintomático. Sin embargo esto es muy poco frecuente, ya que los distomolares, normalmente, presentan formas y ubicaciones no convencionales. Lo que dificulta tomar la decisión de conservarlos. ,

Conclusión:

Intervención quirúrgica del caso

Luego de realizar los últimos controles radiográficos, se decide proceder con la intervención quirúrgica para efectuar la exodoncia de ambos cuartos molares, comenzando con el lado izquierdo.

Para su extracción se empleó la técnica quirúrgica de Colgajo, fundamentada en la limitada visibilidad del campo operatorio. Se realizó anestesia local mediante la infiltración de carticaína, para bloquear el nervio dentario superior posterior y el nervio palatino mayor.

A continuación se realizó una incisión sobre reborde, usando un bisturí Bard-Parker y una hoja numero 12º, junto a una compensadora por distal del segundo molar. Posteriormente se hizo un decolado mucoperióstico, usando una cureta de Molt, para acceder correctamente al elemento dentario.

Se luxó el paramolar utilizando un elevador recto por mesial, para tomarlo con la ayuda de un fórceps para restos.

Una vez efectuada la exodoncia completa, se procede al curetaje del alveolo, y a suturar las incisiones. Finalmente se colocó una gasa para la compresión de la zona y se le brindaron las recomendaciones post quirúrgicas adecuadas.

Figura 8:

Incisión



Figura 9:

Decolado mucoperióstico

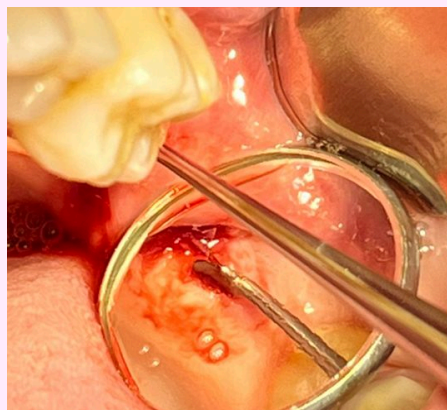


Figura 10:

Cuarto molar superior izquierdo postextracción



Figura 11:

Cuarto molar superior derecho post extracción



Figura 12:

Puntos de sutura

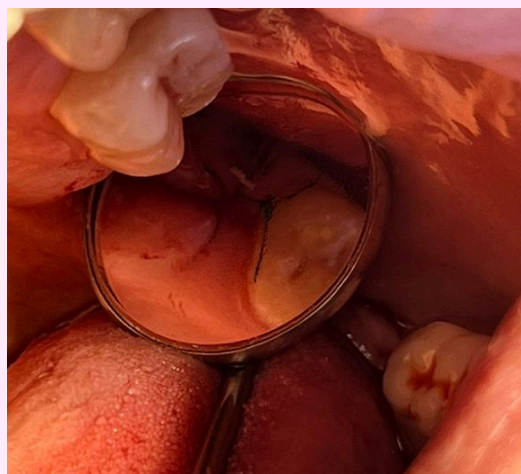
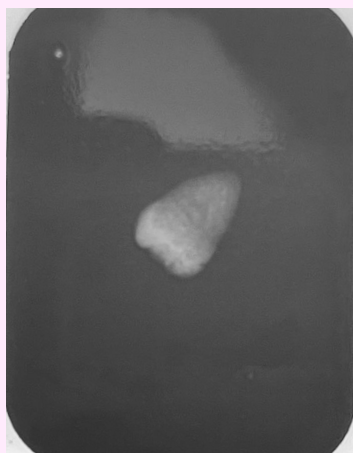


Figura 13:

Radiografía del cuarto molar derecho extraído. En donde se observa la presencia de una pequeña cámara pulpar



El presente trabajo permitió profundizar en el estudio de esta anomalía poco frecuente, destacando la importancia del diagnóstico precoz, de la planificación terapéutica específica y un seguimiento clínico continuo.

El caso clínico presentado demuestra un abordaje integral, sustentado en evaluaciones clínicas y radiográficas detalladas, con una valoración individual de riesgos y beneficios.

Se combinó la estrategia terapéutica, siendo esta inicialmente expectante, basándose en la ubicación profunda de los distomolares y en el potencial eruptivo de los mismos. Se realizaron maniobras destinadas a destrabarlos y permitiendo así un desplazamiento progresivo hasta adoptar una posición más favorable; lo que permitió realizar la extracción quirúrgica de ambos cuartos molares. Esto con el objetivo de evitar futuras complicaciones debido a su riesgo potencial, siguiendo principios quirúrgicos básicos y procurando una técnica lo menos invasiva posible. Esta maniobra permitió eliminar el foco patológico y restablecer las condiciones anatómicas y funcionales adecuadas. Mientras que la evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Finalmente, se concluye que la detección temprana, la planificación terapéutica personalizada y el seguimiento clínico periodico constituyen pilares fundamentales en el manejo exitoso de los dientes supernumerarios. La exposición y análisis de casos clínicos de esta índole contribuyen al desarrollo del conocimiento científico y clínico en el ámbito odontológico, fortaleciendo la formación profesional y práctica basada en la evidencia.

Bibliografía:

1. Onur Erdem Korkmaz, Hatice Guller, Ozkan Miloglu, İbrahim Yucel Ozbek, Emin Argun Oral, Mustafa Taha Guller, The detection of distomolar teeth on panoramic radiographs using different artificial intelligence models, Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 126, Issue 5, 2025, 102151, ISSN 2468-7855, <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2024.102151>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468785524004403>)
2. Soto-Ramírez, Carmen, Salcedo-Reategui, Emmy, Alarcón-Guevara, Yuleysi, Ojeda-Gómez, Roberto. (2022). Exodoncia de tercera y cuarta molar fusionadas. Reporte de caso.. *Revista Estomatológica Herediana*, 32(2), 179-183. Epub 17 de junio de 2022. [1019-4355-reh-32-02-179.pdf](https://doi.org/10.1019-4355-reh-32-02-179.pdf)
3. Alothman LK, Bin Mubayrik AF, Alshawaf R, Alfotawi R, Alqahtani AS. Dientes supernumerarios impactados múltiples familiares: Reporte de caso. *Revista de Investigación Médica Internacional*. 2025; 53(6). doi: [10.1177/03000605251339146](https://doi.org/10.1177/03000605251339146)
4. Campos Martinez, B., Morales Bravo , B. R., Pinos Narváez , P. A., & Vintimilla Coronel, S. E. (2024). Etiología características y tratamiento de los dientes supernumerarios. Revisión bibliográfica. *Conciencia Digital*, 7(4.1), 46-61. [View of Etiology characteristics and treatment of supernumerary teeth. Bibliographic review](#)
5. Patidar, Dinesh Chand; Patidar, Deepika1,. Distomolars – Exploring the Known Entity. *Indian Journal of Dental Sciences* 12(2):p 103-108, Apr–Jun 2020. | DOI: 10.4103/IJDS.IJDS_10_20 [Indian Journal of Dental Sciences](https://doi.org/10.4103/IJDS.IJDS_10_20)
6. Di Donna, E., Keller, L. M., Neri, A., Perez, A., & Lombardi, T. (2022). Maxillary Distomolar Associated with Dentigerous Cyst: An Unusual Entity. *Oral*, 2(1), 1-6. <https://doi.org/10.3390/oral2010001>
7. Davidson CL, Smith C, Nel S. Dientes supernumerarios: una revisión pictórica y una clasificación revisada. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2025 mayo-junio; 15(3):454-462. doi: 10.1016/j.jobcr.2025.03.005. Epub 10 de marzo de 2025. PMID: 40144646; PMCID: PMC11938152. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11938152/>
8. Delgado Acosta DA, Delgado Acosta DA, Delgado Ordóñez AE, Ramos-Montiel RR. Hallazgo radiográfico de diente supernumerario: cuarto molar. Reporte de un caso clínico. 2024;2(2). doi:10.18537/fouc.v02. n02.a04. *Rev la Fac Odontol la Univ Cuenca*. 2024;2(2):42–47. [Vista de Hallazgo radiográfico de diente supernumerario: cuarto molar. Reporte de un caso clínico](#)
9. Al-Haj Husain A, Schönegg D, Bosshard FA, Valdec S. Bilateral supernumerary maxillary fourth and fifth molars: A clinical case report and literature review. *Imaging Sci Dent*. 2022 Dec;52(4):429-434. doi: 10.5624/isd.20220124. Epub 2022 Oct 28. PMID: 36605862; PMCID: PMC9807790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36605862/>
10. Gay Escoda, C. (Ed.). (2012). *Tratado de cirugía bucal* (3.ª ed., Vol. 1). Ergon.
11. Cordero-Ortiz, P, Guerrero-Ortiz, F, & Aspiazu-Hinostroza, K. (2022). Dientes supernumerarios: reporte de un caso. *Avances en Odontoestomatología*, 38(4), 151-155. Epub 06 de febrero de 2023. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852022000400004>

ANEXOS

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: *"Presencia del cuarto molar: Un hallazgo inusual"*

AUTOR: Altina, Ana Victoria

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Od. Esp. Almirón, Luciana Paola

FIRMA DEL TUTOR:



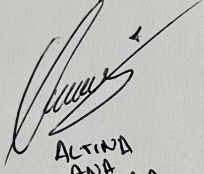
FECHA: Córdoba, 18 de Noviembre de 2025

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Altina Ana Victoria, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado “Presencia del cuarto molar: un hallazgo inusual” DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

FIRMA:



ALTINA
ANA
VICTORIA

ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 21 días del mes de MAYO del año 2025 siendo las 16:30 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Ana Victoria Altina DNI N° 43.603.437 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: [REDACTED] DNI: [REDACTED]

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos prácticos puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómico patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día 28 de Mayo de 2025 Hora 16:00

El/la que suscribe [REDACTED] DNI [REDACTED]
con domicilio en calle [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. [REDACTED]

Firma del paciente: [REDACTED]

Firma del Profesional a cargo: [REDACTED]

